



Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé

Dominique Henriët et Jean-Charles Rochet



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1862>

ISSN : 1778-7440

Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 1998

ISBN : 2-8041-3042-8

ISSN : 1373-8496

Référence électronique

Dominique Henriët et Jean-Charles Rochet, « Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 02 | 1998/2, mis en ligne le 09 février 2007, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/1862>

économie publique public economics

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

n° 2 – 1998/2



© De Boeck & Larcier s.a. 1998
Département De Boeck Université
Paris - Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite.

Imprimé en Belgique

D 1999/0074/138

ISBN 2-8041-3042-8
ISSN 1373-8496

économiepublique sur internet : www.economie-publique.fr

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496



Les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé

Dominique HENRIET
IDEP-GREQAM, Marseille

Jean Charles ROCHET
IDEI-GREMAQ, Toulouse

1. Introduction

Dans de nombreux pays occidentaux les difficultés que rencontrent les systèmes de protection sociale donnent lieu à des débats vigoureux sur les directions de réformes susceptibles d'en améliorer l'efficacité

Les symptômes de la crise sont bien connus : la croissance de la part de la richesse consacrée à la santé semble échapper à tout contrôle qui mettrait en balance avantages et coûts. Plus inquiétant, cette fuite en avant ne s'accompagne pas nécessairement d'une amélioration significative des performances sanitaires et s'accompagne souvent d'une augmentation préoccupante des inégalités en matière d'accès aux soins.

Ces difficultés suscitent des discussions sur les rôles respectifs du secteur public et de la concurrence dans les systèmes de santé, c'est-à-dire aussi bien en matière d'assurance maladie qu'en matière d'offre de soin.

L'importance du secteur public dans la fourniture d'assurance maladie varie d'un pays à l'autre. Dans certains pays comme les États-Unis, l'intervention publique est strictement ciblée sur certaines catégories de ménages (Medicare pour les personnes âgées, Medicaid pour les plus défavorisés), dans d'autres pays c'est le système public qui est dominant avec une fourniture d'assurance maladie obligatoire et universelle (comme dans la plupart des pays de l'Union

européenne). La générosité de la couverture publique est elle même variable géographiquement et temporellement.

1990	Population couverte par l'assurance publique (%)	taux de couverture des dépenses (%)
France	99,5	75
Allemagne	92	92
Italie	100	76
Suède	100	94
Royaume Uni	100	93
États-Unis	44	61

En revanche, une caractéristique générale commune à l'ensemble des pays est l'accroissement permanent de la part de la richesse nationale consacrée à la santé. Celle-ci est passée de 5 % du PIB dans les années 60 à 7-8 % au début des années 90 avec une mention particulière pour les États-Unis pour lesquels « l'effort pour la santé » est passé de 5 % en 1961 à plus de 14 % du PIB aujourd'hui.

La part de financement public dans les dépenses de santé varie pour les pays développés entre 45 % pour les États-Unis et 95 % pour la Norvège. On constate cependant une rupture de tendance au milieu des années 70. À partir de cette période la part de financement public subit soit un infléchissement de croissance soit une baisse pure et simple. Cette augmentation relative du secteur privé dans le financement (par l'intermédiaire d'assurance privée ou de paiement direct par le patient) n'a pas eu d'incidence significative sur l'augmentation générale des dépenses de santé. Elle a plutôt correspondu, vraisemblablement, à un désengagement de l'assurance publique essentiellement motivé par des contraintes budgétaires. En revanche ce désengagement public a été à l'origine, en France, d'une augmentation des inégalités d'accès au soin, une proportion non négligeable de la population renonçant à se faire soigner car ne disposant pas d'assurance complémentaire (voir par exemple Mormiche (1994)).

L'examen des chiffres montre par ailleurs qu'il n'existe pas de corrélation visible positive entre le niveau des dépenses de santé et la part publique du financement.

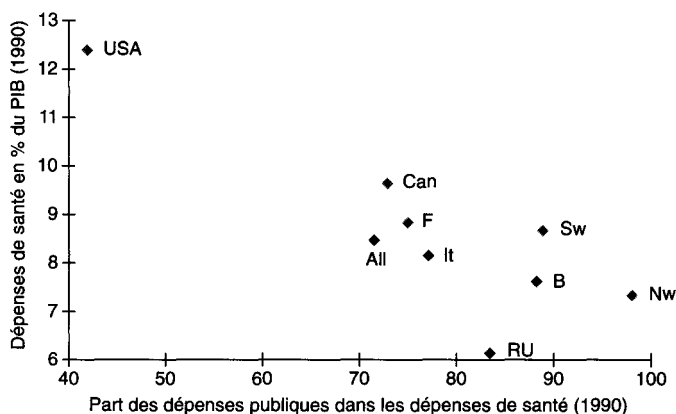


Fig. 1 : Dépenses de santé et part du financement public
(source CREDES)

L'absence de modèle unique pour l'assurance maladie est d'autant plus évidente que les réformes envisagées par les gouvernements de différents pays vont dans les deux sens : il s'agit parfois de conforter le caractère « universel » et centralisé de l'assurance maladie et dans d'autres cas, au contraire, d'envisager une plus ou moins grande intervention de la concurrence et de systèmes privés de couverture maladie. Un certain nombre de pays européens, comme par exemple les Pays Bas, ont envisagé avec plus ou moins de succès l'instillation d'une certaine forme de concurrence entre caisses d'assurance maladie (Plan Dekker). Aux États-Unis au contraire, l'administration Clinton a essayé au début des années 90, sans succès il est vrai, d'introduire la couverture universelle en assurance maladie.

En ce qui concerne l'intervention publique dans la production de soin (système hospitalier, médecine de ville...), celle-ci est aussi très variable d'un pays à l'autre. On peut ainsi rencontrer quasiment toute la gamme des organisations possibles allant du « service public de santé » complètement intégré et financé sur ressources fiscales à des formes concurrentielles dans lesquelles le service est fourni comme n'importe quel bien économique. La encore, certains pays ont engagé des réformes allant dans un sens ou dans l'autre. Au Royaume Uni par exemple, les praticiens généralistes peuvent maintenant (au moins théoriquement) mettre en concurrence les hopitaux pour la prise en charge de leurs malades.

La question qui se pose est alors la suivante : comment expliquer cette diversité des systèmes ? Plus précisément, quelles sont les

justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé, et pourquoi ces justifications auraient-elles un poids différent d'un pays à l'autre? Les arguments en faveur de l'intervention publique en assurance sont-ils les mêmes que ceux qui s'appliquent à l'offre de soin?

Pour ce qui concerne l'assurance maladie, les justifications traditionnelles de l'intervention publique (voir par exemple Poterba (1994)) — imperfections de marché (asymétries d'information), existence d'effets externes (épidémies), irrationalité des individus qui seraient incapables de mesurer correctement les risques de santé — ne permettent pas d'expliquer une telle hétérogénéité, à moins de supposer qu'il existe des raisons valables pour que ces différents phénomènes n'aient pas les mêmes intensités dans les différents pays. En revanche, des considérations d'équité et de redistribution semblent jouer un rôle important dans la différence des politiques retenues. Le degré d'intervention publique en assurance maladie dans les différents pays de l'OCDE est en effet fortement corrélé au caractère plus ou moins redistributif des systèmes de redistribution. Dans le graphique suivant on a représenté en abscisse le taux de réduction de la pauvreté (taux de variation de la proportion de pauvres dans la population) imputable à l'ensemble des dispositions fiscales des différents pays. Clairement, cet indicateur, qui mesure en quelque sorte l'intensité de la politique redistributive de chacun des pays, est corrélé positivement à la part de financement public des dépenses de santé.

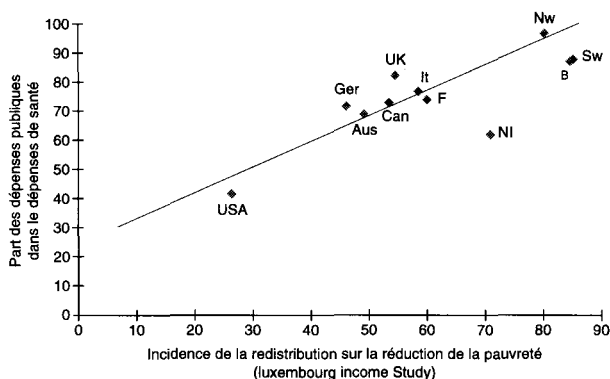


Fig. 2: Redistribution et part de financement public des dépenses de santé

Cette corrélation ne semble pas a priori surprenante au premier abord. Elle mérite cependant une analyse plus approfondie. En supposant qu'il ait une forte volonté redistributive, pourquoi l'État ne se contenterait-il pas d'une politique fiscale de redistribution qui permettrait aux ménages les plus démunis de bénéficier d'un revenu suffisant (impôt négatif, revenu d'existence, allocations diverses...) qui leur permettrait d'acheter de l'assurance maladie sur un marché concurrentiel? Il existe d'ailleurs un résultat de la littérature théorique (Atkinson and Stiglitz (1976)) qui montre qu'il est très souvent superflu et même inefficace d'introduire d'autres instruments de redistribution que la simple taxation des revenus. Dans ces conditions, quelle raison de fond permet alors d'expliquer qu'une telle politique de redistribution purement fiscale serait insuffisante dans le secteur particulier de l'assurance maladie?

Dans cet article nous nous attachons à examiner les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé en distinguant explicitement la fonction d'assurance de la fonction d'offre de soins. Cette distinction nous permettra de mettre en évidence le fait que les instruments de l'intervention publique sur la fonction d'assurance, leur forme et leurs motivations se différencient de ceux que l'on peut concevoir pour la fonction d'offre de soins.

2. Les fonctions d'un système de santé

On peut décomposer de façon schématique un système de santé de façon à isoler les deux fonctions essentielles évoquées plus haut.

La fonction d'assurance définit les risques assurés et prend en charge la répartition de la dépense par le prélèvement de cotisations ou primes. Dans le cas de la maladie, l'assurance porte essentiellement sur la prise en charge des coûts de traitement. Ces traitements, l'offre de soin, sont produits par les professionnels de santé au sens large.

La deuxième fonction, complémentaire, régit la relation entre l'assureur et les producteurs. Cette fonction d'achat de soin s'inscrit dans un contexte institutionnel variable qui va de l'intégration verticale pure et simple (cas des HMO) à des types de relations plus ou moins régulés comme la négociation de prix ou le remboursement sur facture.

Tel quel ce schéma ne différencie pas l'assurance maladie d'autres types d'assurance comme l'assurance dommage ou l'assurance incendie. Dans ces secteurs, la régulation publique est relativement limitée. Elle concerne essentiellement les garanties de solvabilité de l'assureur par l'instauration de règles prudentielles particulières, ou la réglementation de la co-assurance.

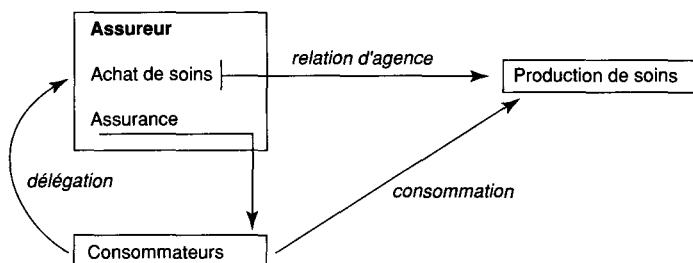


Fig. 3 : Les fonction d'un système de santé

Quelles spécificités propres au bien « santé » et à l'assurance maladie pourraient alors justifier une intervention publique différente de celle que l'on rencontre dans les autres secteurs ? Pour quelles raisons de fond y-a-t-il une objection à laisser le marché opérer, comme dans les autres secteurs, les allocations de ressources entre les agents ? Dans une telle organisation, en effet, les prix suffisent à orienter offre et demande à leur niveau efficace. Les agents réalisent les bons arbitrages et les comparaisons entre avantages et coûts privés conduisent à une allocation optimale des ressources entre les différentes activités économiques de production et de consommation. Dans ce cadre l'assurance maladie est un service marchand parmi d'autres pour lequel les cotisations s'établissent à leur niveau actuariel. Évidemment une telle organisation concurrentielle ne garantit pas que chacun puisse avoir accès à un minimum de consommation médicale. La seule motivation possible de l'intervention publique serait alors, éventuellement, de garantir l'accès aux soins. Dans ce cadre, le rôle de l'État pourrait se borner à la mise en place d'un système fiscal de redistribution donnant aux individus les moyens de payer leur prime d'assurance sur un marché concurrentiel.

Dans ce cadre il n'existe aucune justification de l'intervention publique dans le système de santé proprement dit. La volonté redistributive, si elle existe, se manifeste par une redistribution fiscale plus ou moins intense.

Il convient alors de passer en revue les arguments négligés dans l'analyse précédente. Et surtout de faire la part entre des arguments souvent invoquées dans la littérature et qui n'en sont pas vraiment, et les arguments plus fondamentaux qui justifient une intervention particulière dans les systèmes de santé. Nous examinerons d'abord, de manière succincte la fonction d'achat de soin pour nous concentrer ensuite sur la fonction d'assurance.

3 Justifications de l'intervention publique et rôle du secteur privé

3.1 Production et achat de soins

Nous ne nous attarderons pas, dans cette note, sur les formes et les instruments de la régulation publique en matière d'achat de soin qui font par ailleurs l'objet d'analyse approfondies (Mougeot (1986), (1998)). Nous rappellerons simplement quelques points susceptibles de clarifier le débat.

Dans un contexte concurrentiel, le système de prix suffit à orienter correctement offre (innovation technologique comprise) et demande. Le problème est que l'efficacité d'un tel fonctionnement concurrentiel exige que les arbitrages se fassent en toute connaissance de cause. Cette hypothèse semble relativement forte en ce qui concerne le bien santé.

3.1.1 Objectif de Santé Publique

Le bien «santé» est un tout d'abord un bien particulier. L'économiste dirait que la santé engendre des effets externes forts sur le reste de l'économie. En particulier les performances économiques d'une population dépendent de son niveau global de santé (et réciproquement d'ailleurs). Or les individus ne possèdent en général pas d'information suffisante pour orienter leur demande: ils émettent une demande de «bonne santé» sans savoir *a priori* quel est le traitement adapté. Ce déficit informationnel est tel que les incitations spontanées à la prévention par exemple ne sont pas, en général, suffisantes. La prise en compte de cette externalité nécessite

évidemment l'intervention publique ne serait ce que pour formaliser certaines obligations ou normes en matière de prévention ou de production sanitaire. La puissance publique a donc comme premier rôle ici d'introduire dans l'arbitrage entre avantages et coûts des considérations de santé publique qui peuvent difficilement être internalisées par le marché.

3.1.2 Délégation et incitation

Il est clair ensuite que le patient ne possède pas l'information suffisante pour orienter son choix de consommation de manière efficace. Sa demande est essentiellement une demande de « bonne ou de meilleure santé », certainement pas l'expression d'un arbitrage entre avantages et coûts. Il en résulte que l'efficacité repose nécessairement sur la capacité de l'assureur à se substituer au patient pour les choix de consommation. On est alors en présence d'une relation économique classique entre un acheteur qui représente l'intérêt général de ses clients ou sociétaires ou affiliés et un ensemble de producteurs : on parlera de relation d'agence entre assureur et producteur de soin et de relation de délégation entre les patients et l'assureur (voir figure Figure 3 : Les fonctions d'un système de santé) . L'efficacité tiendra alors à deux conditions :

- premièrement à ce que la relation de délégation soit efficace. c'est-à-dire que l'assureur intègre correctement l'intérêt des assurés, le côté avantage de son arbitrage coût/avantage.
- deuxièmement à sa capacité à obtenir un fonctionnement efficace de la part des producteurs. c'est-à-dire qu'il obtienne les services aux meilleures conditions, le côté coût de son arbitrage coût/avantage.

Deux questions essentielles se posent alors : l'assureur est-il correctement incité à jouer le rôle d'acheteur éclairé, est-il dans le jargon des économistes un centre de décision « bienveillant » ? Le secteur productif est-il incité à produire efficacement au moindre coût ?

Selon que l'on considère que le problème d'incitation est plutôt au niveau de l'assurance ou au niveau de l'offre de soin, on concevra des mécanismes de régulation différents. Parmi toutes les mesures envisageables, la mise en concurrence (directe ou fictive) est un outil qui a été plus ou moins expérimenté à des degrés divers.

Pour résoudre le problème de risque moral dans la relation d'agence, on peut préconiser la mise en concurrence effective des prestataires de soin. Dans ce cas l'organisme d'assurance met en concurrence différents prestataires et passe des contrats de court terme. Un moyen utilisé en Grande Bretagne consiste à déléguer la négociation avec les prestataires de service à des «fund holders» (cabinets de généralistes dont le budget est fixé à l'avance en fonction de la clientèle).

Pour résoudre le problème global de la double relation patient-assureur-fournisseur, certains pays ont mis en place (ou projettent) une organisation dans laquelle organismes d'assurance et prestataires de soins sont intégrés en entités elles-mêmes en concurrence. L'idée est la suivante : l'individu choisit un prestataire intégré qui joue à la fois le rôle d'assureur et de prestataire de soin. Le problème de relation entre l'assureur et le prestataire de soin est éliminé puisque ces deux fonctions sont intégrées dans un même organisme. Les HMO américains correspondent à cette optique.

3.2 La fonction d'assurance

On cite souvent, comme justifications de l'intervention publique, les deux phénomènes caractéristiques de l'activité d'assurance que sont l'anti-sélection et le risque moral. Dans les deux cas, l'asymétrie d'information entre assureur et assuré est à l'origine de l'inefficacité du marché. Ces deux phénomènes sont-ils vraiment pertinents en assurance maladie ?

3.2.1 Risque moral

Le risque moral est une caractéristique bien connue de l'assurance : dès lors qu'un individu est assuré, il n'a pas d'incitation directe à se prémunir contre le risque. Dans le cas d'une assurance dommage il peut même être incité à provoquer le sinistre de manière à être remboursé intégralement. Il faut bien comprendre que le risque moral associé à l'assurance concerne l'effort de prévention du risque lui-même. Le niveau de dépense relève, en revanche, du risque moral dans la relation d'agence entre assureur et producteur. Stricto sensu, il y a risque moral d'assurance si l'assuré n'est pas incité à un comportement de prévention. Certains distinguent le risque moral *ex ante*

et le risque moral *ex post* : le premier fait référence aux efforts de prévention (l'assurance favoriserait des comportements pathogènes...), le second fait référence à la consommation médicale une fois la maladie déclarée (nomadisme, multiplication d'examen...). Stricto sensu, seule la première catégorie relève du risque moral : il s'agit bien de comportement difficilement observable affectant la morbidité. Le second n'est pas à proprement parler du risque moral puisque théoriquement on peut savoir si la consommation est abusive ou non en fonction du diagnostic médical. Autrement dit, si l'on peut associer à chaque diagnostic une dépense normative, le problème de risque moral *ex post* disparaît. Moyennant quoi, de nombreuses études empiriques ont été conduites pour estimer l'importance du risque moral *ex post* en assurance maladie. Elles concluent toutes plus ou moins dans le même sens : le niveau de couverture maladie a tendance à augmenter la fréquence de consultation mais pas le coût unitaire de chaque épisode de soin.

La gestion du risque moral dû à l'assurance n'implique pas, à proprement parler, d'intervention publique autre que celle que l'on rencontre sur les autres marchés d'assurance. Cette intervention se réduit dans la plupart des cas à des mécanismes de régulation de la coassurance. Le risque moral (patient) ne justifie ni l'assurance privée ni l'assurance publique, il implique seulement des mécanismes de responsabilisation dont l'expression la plus simple est le ticket modérateur.

3.2.2 Anti-sélection ou sélection ?

Dans un marché d'assurance, si l'information dont l'assureur dispose sur le risque de ses clients est imparfaite, la prime d'assurance ne peut pas être différenciée. Il en résulte que les « bas risques », dont les cotisations subventionnent de fait les hauts risques et sont donc relativement chères compte tenu du risque, sont incités à la sous-assurance. Ce phénomène peut conduire même à une situation dans laquelle les bas risques ne s'assurent plus du tout. L'anti-sélection conduit ainsi théoriquement à une **mauvaise couverture des bas risques**.

Ce type de conclusion ne correspond pas du tout à ce que l'on peut constater en assurance maladie. Dans la réalité il semble que la concurrence pousse les compagnies d'assurance à lutter contre l'anti-sélection en adoptant au contraire des stratégies de sélection de

risque. Il semble que l'asymétrie d'information ne soit pas celle décrite dans la littérature: l'assureur est plus informé que l'assuré (ne serait ce que parce qu'il dispose d'études épidémiologiques ou statistiques) sur les risques encourus. Ainsi les primes concurrentielles dépendent de plus en plus des caractéristiques individuelles des assurés. Dans cette optique plusieurs outils tarifaires sont utilisés: la prime peut dépendre des caractéristiques observables et/ou du passé de l'assuré en matière de risque (antécédents). Toutes ces pratiques ont pour objectif de lutter contre le phénomène « d'anti-sélection »: une trop forte péréquation tarifaire est vulnérable du point de vue concurrentiel; les meilleurs risques (faibles risques) ayant une forte incitation à chercher un contrat moins cher. Le résultat de la concurrence est alors inverse de celui mentionné précédemment: une augmentation de la prime des hauts risques peut, en raison de contraintes de revenu, les pousser à ne pas s'assurer. Les données empiriques confirment cette conclusion théorique: la concurrence n'engendre pas la sous-assurance des bas risques mais plutôt **l'exclusion des hauts risques**.

3.2.3 Sélection, assurance de long terme et redistribution

Dans une organisation concurrentielle les primes d'assurance se fixent à leur niveau actuariel, et l'intervention de l'État se borne à une redistribution du revenu au moyen d'instruments fiscaux. Il y a, dans ce cadre, une distinction implicite entre assurance et redistribution. Dans cette optique l'assurance est une opération dont l'objectif est la réduction du risque, c'est-à-dire la réduction de la variance du revenu sans altération de son espérance. En revanche on dira qu'il y a redistribution lorsque l'espérance mathématique du revenu est modifiée. Cette définition a le mérite de la simplicité. Elle soulève cependant une difficulté essentielle: la distinction entre redistribution et assurance repose essentiellement sur l'information concernant l'exposition au risque d'un individu.

Supposons que le risque d'un individu dépende, au moins statistiquement, de caractéristiques plus ou moins observables. Ces caractéristiques de détermination du risque peuvent être des caractères génétiques, des variables socio-économiques de conditions de vie ou de comportements volontaires ou non, d'antécédents de morbidité... Il en résulte que le degré d'exposition au risque est variable

entre les individus d'une part (effet transversal) et au cours de la vie d'un même individu d'autre part (effet longitudinal). Le degré d'information sur ces variables a évidemment une incidence sur l'estimation du risque individuel et donc sur la séparation implicite entre redistribution et assurance. Par exemple, un caractère qui augmente la probabilité d'une maladie a une incidence négative sur l'espérance de revenu. Si l'on accepte la définition précédente, cela signifie que l'observation de ce caractère implique une augmentation de la prime d'assurance. En revanche si l'on suppose que l'opération d'assurance a lieu avant d'observer la variable, la prime correspondante sera plus faible. Une opération d'assurance *ex ante* (avant d'avoir une information sur le risque) sera vue *ex post* comme une opération de redistribution entre individus ayant des caractéristiques d'exposition au risque différentes.

Les remarques précédentes ont deux conséquences importantes. La première conduit à poser la question de savoir si l'assurance maladie doit être ou non une assurance de long terme, c'est-à-dire une assurance *ex ante*, avant toute information sur le risque. Du strict point de vue de l'efficacité *ex ante* la réponse doit être positive. La deuxième conséquence c'est que l'assurance *ex ante* (qui s'apparente, comme nous l'avons vu, à de la redistribution) possède l'ensemble des caractéristiques d'une assurance tout court : en particulier chaque individu est prêt à payer pour se couvrir contre le risque d'être un mauvais risque. Cela implique que la redistribution qui en découlera fait l'objet d'un consensus *ex ante* : chaque individu, dans l'ignorance de son état de santé, est d'accord pour signer un contrat dans lequel il est stipulé que les individus ayant un bon état de santé subventionneront les mal portant¹.

Dans ces conditions, la véritable imperfection du marché vient de ce que la concurrence devient incapable de proposer une assurance « *ex ante* » ou de façon équivalente une assurance de long terme. L'organisation concurrentielle débouche nécessairement sur un financement actuariel du risque. Plus précisément sur l'utilisation

1. L'engagement *ex ante* est au cœur du fonctionnement de l'assurance. Sans possibilité d'engagement *ex ante*, il ne peut pas y avoir d'assurance soutenable. En effet, une fois le risque réalisé, un individu bien portant n'a aucune incitation à financer les coûts de ceux qui sont tombés malades. Une simple promesse *ex ante* n'est pas crédible et l'assurance est impossible. L'intermédiation d'une compagnie d'assurance rend cette promesse crédible en lui donnant un caractère d'engagement dont la traduction concrète est le paiement *ex ante* des cotisations d'assurance.

par les compagnies d'assurance de tous les critères observables permettant d'estimer le risque. Pour échapper à l'anti-sélection, c'est-à-dire pour éviter de perdre les bons risques, les compagnies sont conduites à pratiquer la sélection ou à essayer de se débarrasser des mauvais risques. Ceci exclut, sans intervention publique, l'assurance ex-ante, c'est-à-dire l'assurance de long terme.

Notons alors que l'intervention fiscale, au moins dans sa version simple de taxation des revenus, ne suffit pas à restaurer cette efficacité ex-ante. Il faudrait que l'instrument fiscal de redistribution fasse dépendre la taxe ou la subvention du risque individuel et non pas du seul revenu. Autrement dit l'État devrait subventionner les hauts risques et taxer les bas risques, sur la base d'une estimation actuarielle, pour que la prime nette d'assurance ne dépende que du risque moyen de la population. On conçoit que ce type d'intervention fiscale se heurte à des problèmes d'information importants.

L'offre d'assurance de long terme impose donc un autre type d'intervention publique. On peut concevoir différents degrés d'intervention.

- La première forme consiste simplement à réglementer la tarification de l'assurance en imposant aux compagnies de pratiquer des primes uniformes indépendantes de caractéristiques liées au risque. Ce type d'intervention n'élimine pas totalement la sélection : les compagnies peuvent être incitées à utiliser d'autres méthodes de sélection reposant sur du démarchage commercial ciblé par exemple.
- Le deuxième type d'intervention consiste à séparer collecte des cotisations et assurance. Dans ce type d'organisation, l'État collecte les primes (sur une base uniforme ou fiscale) et redistribue le produit de la collecte à des compagnies d'assurance en fonction de la composition de leur clientèle. Ce dispositif implique donc la mise en place d'un organisme capable de calculer le risque associé aux portefeuilles des différentes compagnies. Une autre version du même type consisterait à la mise en place d'un fonds de péréquation entre les compagnies d'assurance : en fonction du risque calculé de son portefeuille, une compagnie doit verser une contribution ou au contraire bénéficier d'une subvention.
- Enfin, l'État peut prendre en charge directement la production d'assurance.

Notons pour conclure que la Loi Evin en France possède des dispositions propres à favoriser l'assurance de long terme. Celle-ci prévoit en particulier que les compagnies d'assurance ne peuvent pas modifier la prime d'assurance d'un individu sur la base d'une information nouvelle concernant son risque. Elle n'interdit pas en revanche l'utilisation de critères de tarification pour établir la prime d'un nouvel assuré. En particulier elle n'empêche pas un assuré qui aurait des informations (nouvelles) favorables sur son risque de quitter la compagnie pour aller s'adresser à une autre lui proposant de ce fait des primes moins élevées. Il en résulte que l'assurance de long terme n'est qu'imparfaitement garantie par ce type de dispositions : la prime d'assurance reste, ex-ante, aléatoire.

3.2.4 Redistribution en « nature »

Il existe une autre justification, plus subtile, de la fourniture publique d'assurance maladie qui a trait à ses propriétés redistributives et qui permet d'expliquer la forte variabilité de l'intervention publique à travers le monde.

L'assurance maladie publique peut se révéler être un outil de redistribution complémentaire à la stricte redistribution fiscale. L'argument est le suivant. Taxer sur le revenu les agents productifs engendre un effet de découragement qui les incite à moins d'effort de production de richesse. Schématiquement moins d'effort de production privée (moins de revenu brut) permettant d'obtenir plus de transferts publics (ou de supporter moins d'impôt), il peut être avantageux de modérer ses efforts de « production » pour bénéficier de ces réductions d'impôt (ou de ces aides publiques). Pour éviter cet arbitrage défavorable à l'efficacité économique, le barème fiscal de moindre mal doit limiter les avantages accordés aux faibles revenus. L'effet désincitatif de la taxation du revenu restreint de facto le pouvoir redistributif de la fiscalité.

Supposons maintenant qu'une partie de la redistribution en direction des agents faiblement productifs ne se fasse pas par le revenu mais par la fourniture d'assurance maladie publique. Dans ce cas, l'arbitrage entre effort et revenu est modifié : un faible revenu permet d'obtenir un transfert en nature. Si, comme de nombreuses études empiriques le montrent, (voir par exemple la Figure 6), morbidité et « productivité » sont négativement corrélées, cette compensation

en nature intéresse peu les agents productifs: les avantages qu'ils pourraient avoir à limiter leur effort de production ont moins d'utilité pour eux² que leur équivalent monétaire.

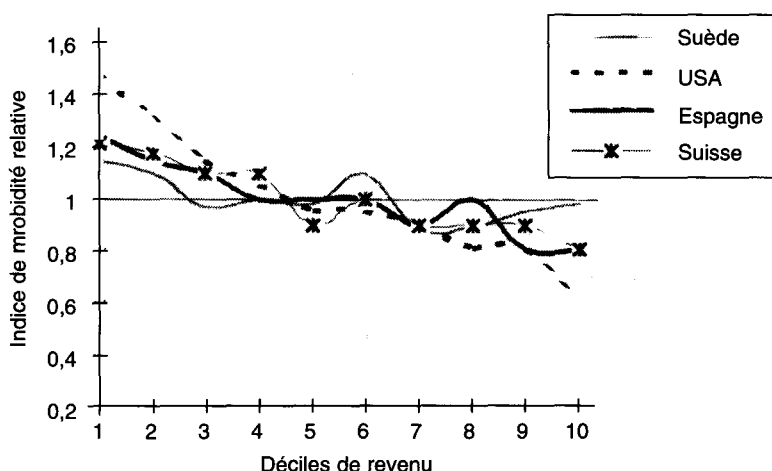


Fig. 4: Morbidité décroissante en fonction du revenu
(source Van Doorslaer et al. *Journal of Health Economics*, 1997, 93 112)

Une autre manière d'expliciter ce mécanisme consiste à comparer deux procédures redistributives apparemment équivalentes. La première (d'inspiration non interventionniste) redistribue fiscalement des ressources aux hauts risques de manière à ce qu'ils puissent s'assurer convenablement sur un marché concurrentiel, la seconde propose simplement une assurance uniforme publique. Dans le premier cas, il n'existe pas de couverture publique et l'État décide de subventionner les hauts risques (c'est-à-dire aussi les faibles revenus) de sorte qu'ils ne soient pas pénalisés (sur le marché) par leur surcoût par rapport à la moyenne. Cette allocation a un effet désincitatif par le mécanisme suivant: le montant (en monnaie) de cette subvention dépasse, pour un individu plus productif, le coût de son assurance. Le solde est un avantage net qui peut l'inciter un individu à moins d'effort. Pour maintenir le niveau d'incitation optimal il faudrait alors diminuer les prélèvements sur les plus productifs, donc diminuer les ressources fiscales et par conséquent limiter la subvention

2. Toutes choses égales par ailleurs (en particulier à aversion pour le risque donnée), les agents productifs étant moins malades, la valeur qu'ils accordent à l'assurance est moins importante que pour les agents faiblement productifs.

en faveur des hauts risques. La redistribution fiscale est incomplète parce que limitée par un problème d'incitation. Supposons au contraire que l'assurance maladie soit prise en charge par un organisme public qui fixe la prime, par exemple, de manière uniforme. Sans autre transfert, cette politique n'engendre aucun phénomène de désincitation. Ainsi, sous l'hypothèse que la morbidité est décroissante avec le revenu, l'assurance publique se révèle un outil plus efficace que la fiscalité pour égaliser les conditions d'accès à l'assurance maladie.

Les conclusions de l'analyse précédente reposent explicitement sur l'hypothèses que la dépense de santé (prise en charge par l'assurance publique ou privée) est directement liée à l'état de santé et donc devrait être plus faible pour les haut revenus.

Les données disponibles sur la morbidité semblent confirmer une corrélation négative avec le revenu et confortent donc le caractère potentiellement redistributif de l'assurance publique. En revanche, les données de *dépense de santé* montrent une relation inverse, en particulier en France (voir par exemple Genier (1998) ou Newhouse (1993) pour une analyse sur données américaines). Autrement dit, l'état de santé n'est pas le seul déterminant de la dépense, même si c'est évidemment le premier.

Deux explications peuvent être avancées. En premier lieu le niveau de couverture influence la dépense de santé : cet effet est de type « risque moral » et explique une partie de la surconsommation des personnes à haut revenu, les plus démunis n'ayant pas accès à l'assurance complémentaire. Tout se passe comme si, en schématisant, l'assurance partielle avec ticket modérateur forçait à la modération des dépenses la partie de la population qui, objectivement, en a le plus besoin ! En second lieu, l'analyse des données montre (voir par exemple Henriët et Rochet (1998)) que même toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe et couverture maladie), les individus à haut revenu ont tout de même une propension à dépenser plus. Cet effet pourrait éventuellement s'expliquer par un biais socioculturel d'accès au soin et mériterait une analyse plus approfondie. Quoi qu'il en soit, il semble bien que le système français, tel qu'il se présente actuellement, conduise en fait à une redistribution à l'envers : les effets de risque moral et d'inégalité socioculturelle d'accès au soin renforcent le caractère faiblement redistributif d'une assurance publique incomplète.

Pour prendre en compte le phénomène de risque moral (et d'inégalité d'accès au soin) dans l'interprétation de l'assurance publique comme outil complémentaire de redistribution, il faudrait évaluer l'intérêt d'un ticket modérateur (d'ordre public) variable avec le revenu : un tel instrument combinerait le caractère redistributif de l'assurance publique évoqué plus haut tout en maintenant une incitation suffisante à la modération des dépenses.

Bibliographie

- ATKINSON A. and J. STIGLITZ, The design of tax structure: Direct versus Indirect Taxation *Journal of Public Economics*, 1976, 6, 55-75.
- GENIER P., Assurance et Recours aux soins: une analyse microéconométrique *Revue Économique*, 1998, 3, 809-820.
- HENRIËT et ROCHET, The Political Economy of Health Insurance, *mimeo GREQAM, GREMAQ*, 1998.
- MORMICHE P., L'accès aux soins: évolution des inégalités entre 1980 et 1991, *Économie et Statistique*, 1995, n° 282.
- MOUGEOT M., *Systèmes de Santé et Concurrence*, Paris, Economica, 1994.
- MOUGEOT M., La Régulation de l'assurance maladie et des dépenses de Santé, *Rapport pour le Conseil d'Analyse Économique*, Paris, 1998.
- POTERBA J., Government intervention in the markets for Education and Health care: How and why? *NBER document de travail*, 1994, n° 4916.
- VAN DOORSLAER E. et al., Income Related Inequalities in health: Some International Comparisons *Journal of Health Economics* 16, 1997, 93-112.

Résumé

L'importance du secteur public dans le secteur de la santé varie d'un pays à l'autre. Comment expliquer cette diversité? Dans cet article nous nous attachons à examiner les justifications de l'intervention publique dans les systèmes de santé en distinguant la fonction d'assurance de la fonction d'offre de soins. En particulier, la justification en termes de redistribution en nature permet d'expliquer la variabilité des systèmes.

Summary

The share of the public sector in health care systems varies enormously from country to country. In this paper we examine the justifications of public intervention both in insurance provision and in health care supply. This allows us to explain the variability of systems by considering health insurance as a means of redistribution.

Mots-clés

systèmes de santé, assurance maladie, intervention publique.

Keywords

health care systems, health insurance, public intervention

JEL

H23, H42, I11, I18